Z oddziału położniczo-ginekologicznego prof. Dra Madurowicza
w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

PRZYCZYNEK DO KWESTYI

ROZSTĘPOWANIA SIĘ POŁĄCZEŃ STAWOWYCH KOŚCI MIEDNICOWYCH PODCZAS PORODU.

NAPISAŁ

Dr. WŁADYSŁAW HARAJEWICZ

SEKUNDARYJUSZ TEGO ODDZIAŁU.

KRAKÓW.

DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

1890.

Z oddziału położniczo-ginekologicznego prof. Dra Madurowicza
w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

PRZYCZYNEK DO KWESTYI ROZSTĘPOWANIA SIĘ POŁĄCZEŃ STAWOWYCH KOŚCI MIEDNICOWYCH PODCZAS PORODU.

NAPISAŁ

Dr. WŁADYSŁAW HARAJEWICZ
SEKUNDARYJUSZ TEGO ODDZIAŁU.

KRAKÓW.
DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.
1890.



Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ z Nr. 48—50, 52 r. 1890.



Z oddziału położniczo-ginekologicznego prof. Dra Madurowicza
w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Przyczynek do kwestyi rozstępowania się połączeń stawowych kości miednicowych podczas porodu.

Napisał
Dr. Władysław Harajewicz,
sekundaryjusz tego oddziału.

Rzecz, którą podać zamierzam, nie jest ani nową, ani też nieznaną, szczególnie położnikowi lub lekarzowi, zajmującemu się chorobami kobiecemi, w każdym razie nie tak rozpowszechnioną, aby na uwagę nie zasługiwała.

Wielu już autorów zajmowało się szczegółowo tą zmianą i wchodziła ona nieraz i wchodzi dziś, chociaż rzadziéj, w szereg komplikacyj porodu i połogu, z którą zawsze liczyć się należy, a takowa o tyle ciekawy przedmiot stanowi, o ile nie zawsze pociąga za sobą takie następstwa, jakich po tak doniosłem zboczeniu należałoby się spodziewać. Podwójne bowiem z téj strony grozi niebezpieczeństwo, raz z samé lokalnéj patolog. zmiany, powtóre z bezpośredniego sąsiedztwa narządów rodnych, zkąd łatwo zakażenie przejść może.

Rozluźnienie samo połączeń stawowych, jako takie, gdzie naruszenia ciągłości w tkankach stawowych brak i jakie w każdym porodzie uważamy, niebezpieczeństwa właściwego nie przedstawia, chociaż gwałtownemi i napozór groźnemi czasem objawiając się symptomami, zwykle wcześniéj

lub późniéj ustępuje. Czy jednak zawsze całkowicie, tego twierdzić nie można. I do tego też pytania powstawanie w wielu razach pęknięć tych połączeń odnieść należy. Rozstęp zaś kości podczas porodu, lub następowo w połogu powstały, przedstawia się już jako bardzo poważna i groźna sprawa chorobowa. Przybiera ona wprawdzie mniéj niebezpieczny charakter, gdy stan części rodnych jest prawidłowy, gdy jednak równocześnie istnieje choćby tylko miejscowe zakażenie, a szczególniéj w bliskiem sąsiedztwie rozdarcia, natenczas bezwarunkowo widoki co do dalszego przebiegu niezmiernie się pogarszają.

Dührssen w pracy swojéj (*Archiv f. Gyn.* T. 35, I z.), omawiając to zboczenie, dzieli przypadki z literatury zebrane według tego, czy sprawa połogowa przebiegała prawidłowo, czy też dołączyło się zakażenie połogowe. Na téj bowiem podstawie łatwiej sąd słuszny wydać można, jakie rokowanie stanowi pęknięcie i zropienie stawów, kości miednicowe łączących, występujące bez komplikacyj ze strony narządów rodnych, a jakie takież zboczenie w połączeniu z zakażeniem połogowem. Zropienie stawu nie jest wprawdzie niezbędnem następstwem pęknięcia tegoż, gdy się wykluczy możebność wszelką dostawania się istot zakaźnych w miejsce rozstępu. Jest to jednak rzeczą bardzo trudną a prawie niemożebną, gdy się weźmie pod uwagę te choćby nawet nieliczne lub małe nadwerężenia błony śluzowéj pochwy, jakie poród każdy bezpośrednio za sobą pociąga.

Że zaś niezbitym faktem jest, iż w najprawidłowszych nawet stosunkach przewodu rodnego, czy to w ciąży, czy w połogu, znajdują się szczególniéj w pochwie liczne odmiany szkodliwych i nieszkodliwych dla zdrowia drobnych organizmów, jak tego na podstawie szczegółowych badań dowiedli Winter, v. Olt, Czerniewski, Döderlein, Brunn, Thomeri i inni, nie może nikogo zdziwić proste następstwo tych stosunków, a mianowicie naprzód zakażenie miejscowe, które to wśród okoliczności sprzyjających, t. j. żywotności i zdolności zakażającéj organizmów drobnych i gruntu, na którym

się rozwijają, posuwa się w głąb tkanin i coraz szersze pole zajmuje.

Naturalnem zaś następstwem pęknięcia lub rozdarcia stawu jest mniejsze lub większe wynaczynienie. I albo wynaczynienie to przez równoczesne pęknięcie części miękkich wydobywa się na zewnątrz, ułatwia wprawdzie odpływ zawartości przestworu, w którym nagromadziła się krew, z drugiéj jednak strony stanowi otwartą bramę, dającą łatwy bardzo przystęp czynnikom zakaźnym. Zamknięcie zaś, t. j. brak połączenia bezpośredniego z kanałem rodnym, nie wyklucza również możności zakażenia, z powodu istniejących zdarć przybłonka i małych pęknięć, przejściem płodu wywołanych. Tem zaś gorszą może być ta okoliczność, że krew jako taka wynaczyniona w tkankach, jako ciało obce, a raczéj obumarłe, w organizmie stanowi najlepsze pole i pożywkę dla rozwoju bakteryj, a tem samem szerzenia się sprawy zakaźnéj.

I nie potrzeba nawet zupełnie procesu połogowego septycznego, aby w obec podobnéj komplikacyi wywołać ogólne zakażenie, wystarczy li tylko mała komunikacyja nawet pośrednia między chorobowem ogniskiem wewnątrz się znajdującem a choćby lekko tylko nadwerężoną błoną śluzową pochwy.

Niezawodnie w każdym podobnym przypadku jedyną drogą możliwego wyjścia jest operacyja, mająca na celu usunięcie zakażonego ogniska, t. j. otwarcie i wyczyszczenie ropnia, który się utworzył dookoła zniszczonego stawu.

Dwa wybitne tego rodzaju przypadki ze względu na przebieg i zakończenie się sprawy obserwowałem na oddziale w r. 1889 i dlatego je tutaj szczegółowo przytaczam.

I. J. M, lat 30 licząca, służąca, przybyła jako rodząca na oddział położniczy szpitala św. Łazarza w nocy z 30 na 31 grudnia 1888 r. Z wywiadów okazuje się, że nie przebywała żadnych chorób, któreby jéj w pamięci pozostały, tylko pierwszy poród przed 1½ rokiem trwał 2 dni i dwie noce, płód przyszedł na świat nieżywy, a matka kilka tygodni miała być w połogu chora.

Badanie organów klatki piersiowéj nie wykazuje żadnych zmian wybitnych. Ciepłota ciała nieznacznie podniesiona 37·8, tętno 96. Brzuch znacznie wysklepiony w wymiarze podłużnym przez macicę powiększoną, w któréj zewnętrznie wybadać można płód, wielkością odpowiadający donoszonemu, w położeniu czaszkowem, ruchomem, pęcherz stojący. Wymiary miednicy: kolcowy 24, grzebieniowy 26, conj. 18 ½, zatem nieznaczne ścieśnienie w wymiarze prostym. Badanie wewnętrzne wykazuje ujście zewnętrzne dla 2 palców drożne, brzegi tegoż zupełnie cienkie, część pochwowa jeszcze niezupełnie zanikła. Poza ujściem w szyi rozszerzonéj pęcherz nie napięty, główka ciemieniem do wchodu przyparta, szew strzałkowy ku tyłowi zwrócony. Główka dosyć twarda. Wynikało tedy z badania, że rodząca, która od rana czuje bóle, znajduje się w I okresie porodu. Polecono rodzącéj spokojne leżenie na wznak lub na boku prawym i wstrzymywanie się od parcia. Bóle powtarzały się regularnie nie zbyt silne. Po południu o godz. 5, gdy nie było chwilowo nikogo u rodzącéj, taż wstała z łóżka i po chwili wody odeszły. Badanie przedsiębrane wykazało rozszerzenie prawie całkowite szyjki maciczném z ujściem dla 3 palców drożnem. Główka nieco niżéj zstąpiła, zupełnie nieruchoma.

Wieczorem i w nocy stan ten sam. Ponieważ na drugi dzień pokazało się, iż bóle dosyć silne obniżają powoli główkę, pozostawiono wtedy poród przebiegowi naturalnemu, tem bardziéj, że tętno płodu dobre a przedgłowia nie było. Pod wieczór jednak bóle zaczęły słabnąć, rodząca czuje się wyczerpaną. Podawano tedy środki wzmacniające i kąpiele nasiadowe, gdy jednak te nie skutkowały, bóle były coraz słabsze i rzadsze, przedgłowie rosło, a tętno płodu stało się szybkiem i mniéj wyraźnem, przeto o godz. 1 w nocy 1-go stycznia 1890 r. przystąpiłem do założenia kleszczy, przy wysokiem ustawieniu główki. Użyłem do tego rękoczynu kleszczy prof. Madurowicza. Po dokładnem oczyszczeniu części rodnych, po zachloroformowaniu rodzącéj, założenie kleszczy nie przedstawiało żadnych trudności; założyłem je zaś w wymiarze skośnym prawym, poczem mogłem je zamknąć prawie całkowicie. Pociągnięcie próbne okazało silne przyleganie instrumentu do główki, poczem rozpocząłem rzeczywiste trakcyje. Główka nadzwyczaj mało postępująca, gdy wśród czwartéj trakcyi chociaż nie zbyt silnéj, usłyszałem i poczułem „krach“, poczem główka z łatwością zstąpiła i wnet na zewnątrz wydobytą została. Na kości skroniowéj i ciemieniowéj płodu załamanie czaszki na przestrzeni gul-

dena, wywołane końcem łyżki prawéj Równocześnie z wydobyciem główki wystąpiło podbiegnięcie krwawe wargi sromowéj większéj prawéj. To wymagało szybkiego ukończenia porodu. czego dokonałem z łatwością, gdyż i łożysko zaraz po urodzeniu się płodu. wśród zabiegu Credégo, odeszło całe. Krwawienie prawidłowe. Położnicę zaniesiono zaraz do łóżka i według zalecenia położono worek lodowy na okolicę spojenia łonowego i podbiegnięcia krwawego —

Płód urodzony jeszcze żywy ważył 4500 gr. a długość jego wynosiła 58 cm. Umarł w $^1/_2$ godziny.

Podczas wydobywania płodu pokazały się wody płodowe smołką zawalane, których po porodzie dużo jeszcze odpłynęło, ale nieco cuchnących. To też pochwę i macicę przestrzykano dokładnie 3 litrami 2$^0/_0$ kreoliny. Macica ściągnęła się dobrze. 2/1 rano 37 8, tęt. 84, w. 39, tęt. 100. Brzuch więcéj po stronie prawéj rozdęty, tamże bardzo bolesny. Macica całkiem na lewo przesunięta, sięga górnem odgraniczeniem na palec wyżéj pępka. Odchody nie cuchnące. Polecono okład lodowy z octanem glinowym i przestrzykiwanie pochwy kreoliną 2 razy dziennie. — 3/1 r. 39·6—90, w. 39 8—108. Stosunki te same prawie, tylko że macica nieco mniejsza, a warga prawa zsiniała zupełnie. Odchody mniéj czuć, chora nie skarży się na znaczniejsze dolegliwości. — 4/1 r. 40—116, w. 39·4—118. Bolesność w prawem parametr. nieco mniejsza, wzdęcie brzucha utrzymuje się. Odchody nie cuchą, czyściejsze. Chora skarży się na kłucie w boku prawym. Chociaż pozytywnie nie można było nic wybadać, jednak polecono postawienie 15 suchych baniek na bok prawy, gdzie chora lokalizowała kłucie. — 5/1 r. 40·2—120, w. 3 6—120, miękkie, słabe. Brzuch wzdęty miernie, nad prawą pachwiną bardzo bolesny. Tamże wybadać się daje opór na 3 palce nad więzem Pouparta. Części rodne zewnętrzne, szczególniéj warga prawa, sklęsły. Kaszel natomiast się pojawił z rdzawemi plwocinami. Z tyłu od dołu po stronie prawéj, aż do linii pachowéj, lekkie przytłumienie odgłosu wypukowego obok licznych furczeń, drobnych rzężeń i tarcia opłucnowego. Polecono 25 baniek suchych i kofeinę 0 50:200. 6/1 39 6—128, w. 40·5—130. Odchody zupełnie czyste, nie cuchnące. Brzuch mniéj rozdęty i napięty. Zapalenie w płacie dolnym płuca prawego od tyłu w pełni rozwoju; kofeina daléj. Części rodne, szczególniéj warga prawa, znowu obrzmiały więcéj. 7/1 r. 39—100, w. 40·5—112. Chora czuje się lepiéj. Kłucie w boku prawym ustało. Rzężenia na całéj przestrzeni zajętego płuca wszędzie

wyraźne, drobne. Szmery oddechowe ostre, ale nie oskrzelowe. Brzuch mniéj wzdęty i mniéj bolesny. Warga zaś prawa znacznie obrzmiała i bolesna, w głębi niewyraźna fluktuacyja. Że zaś osłabienie choréj widoczne, a kaszel częsty, nasilony, podano *Inf. rad. Ipec.* z *liquor. ammon. anis.* i wino. Okład lodowy usunięto, natomiast dano wysychający z octanu glinowego. — 8/1 r. 39·1—108, w. 40—120. Rezolucyja zupełna, rzężeń mniéj, kaszel łatwiejszy i mniejszy. Warga prawa znowu nieco sklęsła. Odchody czyste, nie cuchnące, skąpe. Macica na lewo przemieszczona, na 2 palce niżéj pępka. W nocy zaczęła się biegunka. Mocz chora oddaje bezwiednie. Podano *Inf. Ipec.* i *Salep.*

9/1 r. 39—96, w. 40·8—116. Stan płuca znacznie lepszy. Brzuch prawie nie rozdęty. Warga sromowa sklęsła, twarda. Po południu silny dreszcz $^1/_2$ godziny trwający, poczem poty obfite i silniejsza gorączka. Czyszczenie ustało. 10/1 38·5—96, w. 40—116. W nocy znowu silne dreszcze i poty. Śledziona niemacalna. W wardze prawéj utworzył się otwór, od przodu i u góry, wielkości fasoli, prowadzący do jamy po wynaczynieniu. Odpowiednio do tego miejsca od wewnątrz powierzchnia nekrotyczna wielkości paznogcia małego palca. Założono do otworu i na ten nekrotyczny wrzód gazę jodoformową. Okład z octanu. Na noc koniak, winna pol. i *Dec. cort. chinae.* 11/1 r. 39·5—100, w. 38·6—120. Badanie zewnętrzne jamy brzusznéj, oprócz wypociny, która się nie zmniejszyła, wykazuje zwinięcie się macicy dobre, chociaż ta zawsze na lewo zbacza. Z otworu w wardze prawéj wydobywa się ciecz brudna, nie cuchnąca. W miejscu nekrotycznego wrzodu na wewn. powierzchni wargi utworzył się szparowaty otwór, drążący również w głąb i ku górze. Jamę przestrzykano kreoliną i założono gazę jodoformową. Wieczorem lekkie dreszcze. 12/1 r. 38·3—112, w. 40—120. Wypocina po stronie prawéj, nad więzem Pouparta twarda, bolesna. Brzuch cały nic prawie nie wzdęty. W płucu stan dobry. Z otworów w wardze prawéj wydobywa się ciecz mętna, biaława, bez odoru. Przestrzykano jamę jak wczoraj i założono gazę jodoform. Mocz jak dawniéj oddaje bezwiednie. 13/1 r. 38·5—96, w. 39·5—114. Osłabienie znaczne, chociaż stan miejscowy tak w narządzie rodnym jak i w płucach nie uległ zmianie. 14/1 r. 37·8—100, w. 38·5—116. Chora czuje się lepiéj. Mocz odchodzi bezwiednie tylko podczas kaszlu, zresztą oprócz znaczniejszego osłabienia stan jednaki. 15/1 r. 37—96, popoł. 37—110, w. 39—116. Chora swobodniejsza, żąda pokarmu sta-

łego, gdyż dotychczas otrzymywała tylko strawę płynną. Stan zresztą niezmieniony. Wieczorem biegunka silna, mocz znowu bezwiednie oddaje. W nocy 40—128. 16/1 r. 38·3—84, w. 39·6—110. Macica na 2 palce nad spojeniem jeszcze wymacalna. Ubytki na wardze prawéj czyste, wydzielają skąpą ilość cieczy mlecznéj. Wieczorem chora bardzo niespokojna, chce z łóżka wstawać. Dozór polecono czujny. Lewatywa z *laudanum*. 17/1 r. 38·5—104, w. 38·5—120. Wprawdzie nie spała, mimo lewatywy, ale była spokojną. Osłabienie coraz większe. Wino i koniak daléj. 18/1 r. 38·8—120, w. 40—136. Tętno bardzo liche, małe. Chora prawie nieprzytomna, skarży się jednak na ból w boku prawym. Badanie oprócz osłabienia i szmerów po przebytem zapaleniu nie wykazuje nic zresztą nieprawidłowego. 19/1 r. 40—120, w. 39·6—120. Tętno liche bardzo. Z otworów w wardze prawéj wydobywa się ciągle ciecz koloru barwy mlecznéj. Sonda wprowadzona natrafia na obnażoną, chropowatą kość, jako dolny brzeg kości łonowéj prawéj do spojenia przylegającą. Środki podniecające daléj i przestrzykiwanie jamy około spojenia łonowego. 20/1 r. 39·8—120, w. 39—100. Chora nie spała, majaczy. Mocz i stolec oddaje pod siebie. Na lekarską naradę wezwany prof Obaliński potwierdził przypuszczanie rozstępu w spojeniu łonowem. W obec osłabienia choréj ograniczyła się terapija do podtrzymywania i wzmacniania sił upadających. Odtąd stan coraz gorszy. Gorączka rano opada, nieraz do 37, aby wieczorem wyjść na 40 i wyżéj, gdy tętno coraz mniejsze i słabsze, język suchy i niczem nie dająca się uspokoić biegunka, wyraźnie zakażenie ogólne wskazywały, wystąpił obrzęk płuc, który wśród wyczerpanych już sił choréj i degeneracyi serca sprowadził 29/1 1890 zejście śmiertelne.

Rozpoznanie brzmiało: *Partus-Forceps alta. Infractio cranii infant. Haematoma vulvae. Diastasis symphysis oss. pub. Exsudatum parametricum dextr. Pneumonia. Sepsis. Oedema pulmonum.* Rozpoznanie anatomiczne: *Sepsis, Endometritis puerperalis, Rhagades cervicis uteri ad fornicem posteriorem. Vaginitis diphtheritica. Involutio completa uteri. Exsudatum septicum parametriticum insigne. Diastasis symphyseos oss. pubis Caries praestans utriusque ossis pubis. Anaemia cerebri etc. etc. Tumor lienis subacutus — processus puerperalis.* Dalszy opis sekcyi brzmi: Macica dochodzi wielkości gruszki, ściany jéj dobrze zwinięte, na błonie śluzowéj jamy rozpulchnienie, silniejsze nastrzykanie, obok gęstego śluzu. Na tylnéj ścianie

szyjki maciczněj 3 szczeliny podłużne, prawie całą długość szyjki zajmujące, pokryte strupem zaschłym, sięgają w głąb mięśni. Cała pochwa rozszerzona, w górněj części wypełniona tamponem, a odpowiednio błona śluzowa zgrubiała, zaschnięta. W dolněj części pochwy, tuż powyżěj szpary sromowěj, na tylněj ścianie, na powierzchni 20 centów wrzód, o brzegach i dnie nierównem, masami zielonkowatemi pokryty, dość powierzchowny. Na około macicy i tkanki przedpęcherzowěj naciek posokowaty, cuchnący. Naciek ten dochodzi z przodu do tkanki podpęcherzowěj, powyżěj spojenia łonowego od tyłu zajmuje tkankę w miednicy małěj, około odbytnicy, nienadwerężając takowěj, od boku prawego (dochodzi z góry do *linea innominata*), opuszcza się wzdłuż kanału udowego i zajmuje górną wewnętrzną część uda, na wielkość dłoni dziecka, popod więz Pouparta, od góry zaś przechodzi na talerz biodrowy prawy, aż pod nerkę prawą, tak że dolna powierzchnia prawěj nerki, stanowi górną ścianę i część przodkowěj jamy, wypełnioněj naciekiem posokowatym ze skrzepami obfitemi zmięszanym, a poza otrzewną umieszczoněj. W nacieku tym, który wszędzie okazuje komunikacyje, umieszczone są obie kości łonowe, które są pozbawione okostněj i okazują powierzchnię nierówną, powyżeraną. Obie kości łonowe w miejscu spojenia okazują rozstęp. Naczynia tak maciczne, jakoteż i udowe nie okazują zmian. Podobnie zachowuje się i pęcherz zupełnie prawidłowy. Jeżeli przebieg choroby mógłby dawać powód do przyjęcia zakażenia połogowego *par excellence* i przypisania takowemu zejścia śmiertelnego położnicy, to wynik sekcyi i tějże protokół, chociaż wspomina o *endometritis puerperalis*, stanowczo jednak wyklucza połogowy proces zakaźny. Przez *endometritis puerperalis* rozumieć w tym razie należy niejako prawidłowy stan błony śluzowěj macicy, która jeszcze nie wróciła całkowicie do stanu dawnego, tak jak przez *endometritis glandularis* rozumiemy stan prawidłowy błony śluzowěj macicy wśród ciąży. Tem bardziěj zaś, że naczynia tak w ścianach saměj macicy, jakoteż i w jěj otoczeniu, zupełnie prawidłowo się zachowywały, dowodzi, iż ztąd zakażenie nie wzięło swego początku i że tego kolosalnego zniszczenia połogowemu zakażeniu przypisywać nie można. Septycznego procesu nie przeczę, bo ten istniał i ten był przyczyną śmierci, ale nie szukam początku jego w macicy lub szyjce, ale w osobnem ognisku do około spojenia łonowego usadowionem, które przez masę krwi do tkanin wynaczynioněj, jako najlepszěj pożywki dla mikroorganizmów, dało

pole do rozwoju tychże. Mogły one tam dostać się z pochwy, że jednak bezpośredniéj komunikacyi nie było, należałoby przeto pośrednią drogę przyjąć. Szczeliny w szyjce, o których daléj protokół sekcyjny wspomina, pokryte suchym strupem, również nie noszą zakaźnego piętna. Inna jednak rzecz dyfterytyczny wrzód w pochwie. Ten wszakże umiejscowieniem swojem wskazuje, iż powstał przez zakażenie może drobnéj jakiéj ekskoryjacyi przez spływającą z góry zakażoną wydzielinę zatorów prowadzących do jamy posokowatą zawartością wypełnionéj. Charakter zaś i wejrzenie tego wrzodu dowodzi, iż początek jego nie od dawna się datuje. Wśród tego wszystkiego chora leżała prawie cały miesiąc. Odchody zrazu brudne i nieco cuchnące szybko oczyściły się całkiem i stały się bezwonnemi, prawidłowemi. Otrzewna nie była wcale zaatakowaną i lewe *parametrium* wolne. Te więc dane i przebieg cały choroby, wskazujący na powolne rozwijanie się procesu septycznego w tkance łącznéj miednicowéj, skłaniają mnie do wykluczenia w tym przypadku ogólnego zakażenia połogowego.

2) Drugi tego rodzaju przypadek przedstawia się w sposób następujący: S. T. lat 22 licząca, z Galicyi, została dnia 20/4 1889 r. przyjętą na oddział ginekologiczny. Przed 3 tygodniami odbył się pierwszy poród w klinice położniczéj, gdzie w protokole zanotowano: ostatnia regul. w lipcu 1888, pierwsze ruchy płodu w grudniu 1888. Ciąża pierwsza, położenie płodu czaszkowe pierwsze, pierwsze bóle wystąpiły 30 marca 1889 o 10 rano, pęcherz płodowy pękł 31/3 o g. 2 rano. Ponieważ poród w domu nie postępował, przyniesiono rodzącą do kliniki 31/3 rano. Badanie wykazało niestosunek porodowy (*Conj. ext.* 18 ctm.) miednicę płaską i następowe osłabienie bólów porodowych, a ponieważ przedgłowie było znaczne i smołka odchodziła obok główki, a części rodne były obrzmiałe i suchawe, założono kleszcze na wysoko ustawioną główkę. Płód wydobyto żywy, donoszony, płci męzkiéj. Łożysko odeszło w 20 minut, po zastósowaniu metody Credego. Połóg prawidłowy. Klinikę opuściła wraz z dzieckiem 14/4 1889. Wywiady dalsze zebrane w szpitalu wykazały, że chora od samego opuszczenia kliniki czuła się nie zdrową, doznawała kłucia i boleści w brzuchu i że chód był bardzo utrudniony przez wzmagające się przytem boleści. Regularność u choréj od 14 r. życia, zawsze prawidłowa. Oprócz przebywania tyfusu nie przypomina sobie żadnych innych chorób. Osoba dobrze zbudowana i odżywiona, ale anemiczna. Ciepłota ciała 37·3, tętno dobre 90. Na kończy-

nach dolnych i górnych jakoteż na twarzy surowiczy mierny obrzęk. Organa klatki piersiowéj prawidłowe. Brzuch nieco wzdęty, szczególniéj dołem, tamże nad spojeniem łonowem i w prawéj okolicy nadpachwinowéj opór twardy, bolesny, na 2 palce nad spojeniem sięgający. Wargi sromne surowiczo obrzmiałe. Szpara sromowa rozwarta, tylny jéj brzeg zastąpiony przez bliznę po pęknięciu międzykrocza, sięgającą aż do otworu stolcowego, pochwa szeroka, gładka. Część pochwowa drobna, w osi miednicy umiejscowiona, dosyć miękka, ujście zewnętrzne tworzy poprzeczną szparę. Sklepienie tylne i lewe wolne, w prawem i przedniem wyczuć można obrzęk' twardy, bolesny, niepodatny, nieruchomy, tuż przy macicy usadowiony. Sama macica niepowiększona, nieruchoma. W moczu mętnym ślad białka. Na podstawie tego badania rozpoznano: *Exsudatum parametriticum post partum, anaemia maj. gradus* i zalecono smarowanie zewnątrz nalewką jodową, gałki jodowe do pochwy i kąpiele całe i nasiadowe ciepłe. Gdy po paru dniach ciepłota wróciła do stanu prawidłowego, podano żelazo w kroplach. Wśród obserwacyi zauważano tworzenie się ropnia w wardze mniejszéj lewéj, który też otworzono 30/3 i wypuszczono około $^1/_4$ litra ropy gęstéj cuchnącéj. Zgłębnik wprowadzony natrafił w górze na obnażoną z okostnéj kość lewą łonową. Założono do otworu po przestrzykaniu ropnia 3% kw. karb. gazę jodoformową. Wzgórek łonowy znacznie surowiczo obrzękły, bolesny. Już drugiego dnia po tem ciepłota ciała po dreszczach podskoczyła na 39°, a przy badaniu wykazano w obu płucach liczne furczenia i rzężenia różno-bańkowe, a po prawéj od dołu drobne i tamże odgłos wypukowy bębenkowy. Postawiono tedy zaraz po 20 suchych baniek na obie strony klatki piers. od tyłu. Ciepłota wieczorem 38·5, tęt. 120. Rozpoczęło się tedy dławcowe zapalenie dolnego płatu płuca prawego, które jednak po prawidłowym przebiegu w przeciągu 12 dni żadnego prawie śladu po sobie nie zostawiło. Mimo jednak ustąpienia téj sprawy i niemożności wykazania jakiejkolwiek innéj wewnętrznéj choroby, ciepłota ciała szczególniéj wieczorem podnosiła się zawsze do 40° i wyżéj w połączeniu z dreszczami. Obrzęk wzgórka łonowego, mimo, że ropa obficie odchodziła otworem sztucznie w wardze mniejszéj lewéj wykonanym, nie ustępował, bolesność zaś téj okolicy utrzymywała się ciągle bardzo znaczna. Badanie teraz przedsiębrane dozwoliło mimo obrzęku i bolesności wykazać rozstęp kości łonowych od przodu na 3 do 4 ctm. klinowato ku tyłowi się zwężający tak, że obie kości łonowe są ze sobą spojone

tylko wązkim paskiem utrzymanych jeszcze w tyle kości i więzadeł. Rozpoznanie przeto zmieniono na *Caries necrotica ossium symph. pubis, sque diastasi ejusdem symphyseos.* Ponieważ mimo odpływu ropy, gorączka ciągle utrzymywała się w jednakiem wysokiem nasileniu, chora słabła i chudła, nabrała cery ziemisto-żółtéj i w oczach prawie niknęła, przeto dnia 25/5 1890 wykonałem z pomocą Dra Bukowskiego operacyję w celu oczyszczenia jamy ropnia do około spojenia łonowego usadowionego. Przeciąłem tedy skórę i tkankę podskórną aż do kości po stronie lewéj na granicy między dużą a małą wargą sromową, cięciem podłużnem koło 8 cntm. długiem, to jest odpowiednio do najwybitniejszego obrzęku i chełbotania. Po dokładnem zbadaniu palcem wnętrza ropnia okazał się ubytek w obu kościach łonowych stanowiących spojenie, od góry na 3 do 4 cm. szeroki, a zwężający się ku dołowi klinowato. Brzegi ubytku stanowi kość miękka, chropowata, nierówna. Od strony lewéj zatoka obszerna, 8 cm. długa, ku lewéj pachwinie dążąca, wypełniona gęstą, cuchnącą ropą i kawałkami nekrotycznych tkanin. Po stronie prawéj zatoka jeszcze większa tak, że musiałem między wargą większą a udem zrobić przeciwotwór, aby do téj jamy założyć sączek. Poza kośćmi łonowemi w środku przestwór rozległy, również taką cieczą wypełniony. Po dokładnem wyskrobaniu ostrą łyżeczką obumarłych części kości i ścian ropnia, pokrytych strzępami nekrotycznemi, wypłukałem wszystko dokładnie 5% i 3% rozczynem kwasu karbolowego, a następnie gazą jodoformową jamę wytamponowałem, założywszy pierwéj sączek gumowy, którego koniec przez przeciwotwór po stronie prawéj wyprowadziłem. Krwawienie było bardzo małe. Od tego czasu obraz zmienił się całkowicie i chora, która już ostatkami sił żywotnych się utrzymywała, szybko teraz do zdrowia przychodzić poczęła. Gojenie było zupełnie prawidłowem, ciepłota normalna, apetyt wielki. Wreszcie 6 sierpnia, poczekawszy, aby zupełnie do sił wróciła, wypisałem chorą, zupełnie uleczoną. Kości łonowe tak dobrze spojone napowrót, iż tylko małe zagłębienie w miejscu dawnego ubytku wymacać można, a chód zupełnie normalny nie sprawia żadnych trudności.

W obu tedy przypadkach mieliśmy do czynienia z rozstępem i następowem zropieniem stawu, kości łonowe łączącego. W pierwszym rozstęp był całkowitym odrazu, w drugim zdaje się wywołany został przez zapalenie, do którego zropienie się dołączyło. W obu również poród musiał być przez założenie kleszczy na wysoko ustawioną główkę ukończonym.

Mimo że tak dawno zboczenie to jest znanem i względnie często przytaczanem, to jednak mechanizm powstawania takowego nie jest jeszcze na pewne skonstatowanym.

A h l f e l d zwrócił uwagę na okoliczność, że kości miednicowe, tworząc jednostajny twardy pierścień, muszą w razie użycia takiéj siły, która może wywołać rozstąpienie stawów, uledz pęknięciu najmniéj w dwóch punktach. Jednakże znanych jest dosyć przypadków jak: Murata, Greusera, Galvagnego, Köstlina, Hoffmanna, Gmelina, Schauty, Martina, Acrek Olansa, Meissnera, Scanzoniego, Wahla, Adamsa, Bauterona, Paulliego, Heckera i Fraissa, którzy opisując takowe, wspominają o pęknięciu li tylko jednego połączenia stawowego, a to najczęściéj w spojeniu łonowem. Teoryja A h l f e l d a fizycznie biorąc ma wszelką racyję za sobą, ale tylko w przypadkach, gdzie stawy miednicowe w zupełnie prawidłowych znajdują się stosunkach. Jeżeli jednak już poprzednio zaszły w którym z nich zmiany jakieś patologiczne, usposabiające staw taki do łatwiejszego pęknięcia, zasady téj zastósować nie można, gdyż wówczas podatność tego koła, a raczéj jego spojność już nie jest jednostajną, lecz właśnie w jednem lub drugiem spojeniu mniéj lub więcéj osłabioną. Mało wprawdzie spotykamy w literaturze przypadków takich, z którychby jasno wynikało niezawodne następstwo jednéj nieprawidłowości za drugą, a jednak trudno przypuścić, aby bez tego mogło przyjść do skutku tak znaczne zboczenie. Niezawodnie, że najczęstszą przyczyną tego pęknięcia jest siła wywarta przez działanie kleszczy i w tych przypadkach mogłoby się wydawać to zboczenie naturalnem następstwem, jednak, jak dowodzi Poullet, do wykonania prawidłowego operacyi kleszczowéj nie potrzeba użycia większéj siły niż 251 kgrm. Aby zaś wywołać pęknięcie w stawach miednicowych, czego próbował na trupach położnic, użyć musiał 170 do 200 kgrm. siły. Jasną więc z tego jest rzeczą, że wobec prawidłowego stanu połączeń kości miednicowych trudno jest kleszczom, jako sile ciągnącéj, wywołać takie zniszczenie pomimo twierdzenia Schauty, że zawczesne podniesienie rączek kleszczy wśród silnéj trakcyi działa jako klin rozpychający kości łonowe, a w takich razach najłatwiéj powstaje pęknięcie. Ale tem też łatwiéj ono do skutku przyjdzie, gdy prawidłowe stosunki stawów są zniesione.

Nie wchodząc tutaj w zmiany chorobowe kości i połączeń tychże, które same przez się prowadzić mogą do zniesienia ciągłości lub zmniejszenia odporności pierścienia miednicowego, jak osteomalacyja, gruźlica, ropnie przerzutowe,

i t. d., zwrócę się tylko do faktu fizyjologicznego, jaki wśród ciąży i porodu ma miejsce. Faktem tym jest naturalne zwiotczenie, a raczéj przez silniejszy napływ soków odżywczych, rozluźnienie połączeń stawowych miednicy. Fakt ten znany już oddawna i bardzo dokładnie opisywany przez starszych nawet już autorów jak Levret, Mohrenheim, Kilian itd., itd., fakt który zawsze ma miejsce, bo mieć je musi w czasie tym, w którym dla odżywienia jaja płodowego i utrzymania w ciągłem wzrastaniu i rozwoju potrzeba lokalnego zwiększonego dowozu żywności. Wówczas naturalnie i stawy są w grę wciągnięte. Gdy to nadmierne odżywienie ustaje równocześnie z wydaleniem płodu z organizmu, wracają one do prawidłowych stosunków i organa miejscowe i ich części do stanu, w jakim przed tym okresem się znajdowały.

Jeżeli jednak stan ten pod wpływem nieprawidłowych czynników nie wróci do normy, jeżeli daléj w tym stopniu trwać będzie, to następstwa jasno się przedstawiają. Jakież zaś mogą być czynniki oprócz tych, które wyżéj przytoczyłem, a któreby przeszkadzały lub uniemożliwiały inwolucyję, że się tak wyrażę, połączeń stawowych miednicy? Na to odpowiedź łatwą nie jest, ale wreszcie takową wytłomaczyć sobie można. Awater znalazł raz zmiany degeneracyjne natury łączno-tkankowéj w chrząstkach stawowych. E. Martin uważa to zboczenie jako bezpośrednio od zapalenia zawisłe, a Fenomenow wyszukał objawy chronicznego zapalenia chrząstek, które w przypadku miednicy kyfotycznéj odnosi do drażnienia, wywołanego przez zmienne ustawienie kości krzyżowéj podczas ruchów całego ciała. Jeżeli tedy przez ciążę i poród podobne rozluźnienie, wywołane pod wpływem chorób konstytucyjonalnych lub błędów hygijenicznych w czasie połogu nie ustąpi, ale w nadmiernym stopniu trwa daléj, to tem samem miejsce takie stanowi *locus minoris resistentiae* wśród późniejszych porodów i stać się może przyczyną pęknięcia nawet bez użycia znaczniejszéj siły. Niestety w odnośnéj literaturze z niewielu tylko przypadkami spotkałem się, w których dokładnie uwzględniona była ilość porodów poprzednich i ich przebieg. Dla tego bez wielu dowodów na pewno zdania mego głosić nie mogę, zdaje mi się wszakże, że tego rodzaju tłomaczenie w wielu przypadkach miejsce mieć może, tem bardziéj, że i pierwszy mój przypadek do téj kategoryi zaliczyć wypada. Oprócz tego podają Dührssen, Fraisse i Eisenhardt przypadki, pod względem wywiadów w tym kierunku dokładnie opisane, a w których operacyje ręczne a nie za po-

mocą narzędzi wykonane, zbyt wielkich trudności nie spotykały. We wszystkich jednak poprzednie porody albo były ciężkie, operacyje ukończone, albo też jak u Fraissa podczas naturalnego porodu nastąpiło rozluźnienie stawów, a wśród następnego pęknięcie. Z tego okazuje się, że nie potrzeba ani siły zbytniéj do użycia kleszczy, ani nawet porodu donoszonego zupełnie płodu (Eisenhardt, Murat, Greuser, Hayn), aby mogło być wywołanem to zboczenie w stawach miednicowych, które z powodu nadmiernego bujania komórek chrzęstnych (Fenomenow, Dührssen) stanowią skłonność do następowego rozejścia się tych stawów. Jeszcze więcéj za tem przemawia przypadek Galvagnego, w którym pęknięcie stawu spojenia łonowego wywołanem zostało przez nieuważny gwałtowny ruch, już w połogu.

Ze względu na bezpośrednią przyczynę powstawania téj komplikacyi, ciekawą rzeczą jest zestawienie wszystkich przypadków, w których podanym jest wiek i ciąża rodzącéj, jakoteż i przedsiębrane operacyje; przypadków, w których rozstęp wywołanym został przez przyrzut, lub przez bezpośrednie przejście zakażenia z organów rodnych — tutaj nie wliczam. W przeważnéj liczbie przypadków napotykamy ścieśnienie miednicy, czy to w kształcie płaskiéj, ale nie rachitycznéj lub ogólnie zwężowéj i kleszcze.

W niewielu tylko przypadkach przyszło do pęknięcia bez zastósowania pomocy ręcznéj lub instrumentalnéj

Zestawienie to przedstawia się jak następuje:

Kleszcze: 1) 22 lat, pęknięcie spoj. łon. i krzyżow. biodr. praw. Bille, *Berl. kl. Wochenschrift*, 1874; †

2) ścieśnienie mied., pęknięcie wszystkich połączeń. Ritgen, *Siebolds Journal*, T. VI.; †

3) ścieś. miedn. pękn. spoj. krzyż. biodr. lew. Ulsamer, *Neue Zeitschr. f. Geburtskun.* †

4) ścieśnienie miedn., pęknięcie spoj. łon. Ulsamer, tamże; †

5) 35 lat, pierwszy poród, ścieś. miedn. spoj. łon. Hoffmann, tamże, T. 20 †

6) 26 lat. Drugi poród, ścieśnienie mied., pęknięcie spojenia krzyż. biodr. praw. Ahlfeld, *Schmidts Jahrb.*, T. 169; †

7) osteomalacyja, pęknięcie spoj. łon. Ulsamer, tamże; †

8) pęknięcie spoj. łonow. i krzyż. biodr. praw. Duchaine, *Virch. Hirsch. Jahresber.*, 1870, T. II.; †

9) ścieś. mied., pęk. spoj. łon. i przedniéj ściany pochwy, Gmelin, tamże, wyzdrowiała;

10) ścieś. mied., pęk. spoj. łon. i krzyż. biodr. praw. Odier, *Cannstatts Jahresber.*, 1864, wyzdrowiała;

11) 26 lat, pierw. poród, ścieś. mied., pęknięcie spojenia łonowego. Howitz, *Centrlbl. f. Gyn.*, 1880, Nr. 23, wyzdrowiała;

12) pęknięcie spoj. łonowego. Martin, tamże, Nr. 49, wyzdrowiała;

13) 23 lat, pierwszy poród, ścieśnienie miednicy, pęk. spoj. łonowego. Gmelin, *Inaugural Dissert.*, Tübing, 1854, zdrowa:

14) 24 lat, pierwszy poród, pęknięcie wszystkich spojeń. Guliński, *Gazeta Lek.*, 1888, zdrowa;

15) 38 lat, pierwszy poród, ścieśnienie miednicy, pęk. spojenia łonowego. Wahl, *Bayr. ärztl. Integlbl.*, 1877, zdrowa;

16) 42 lat, pierwszy poród, małe ścieśn. miedn., pęk. spojenia łonowego. Adams, *Med and ch. Journ.*, Boston, 1878, zdrowa;

Inne operacyje: 17) ścieś. miedn., poród przedwczesny 7 m., *Extractio man.*, pęk. spoj. łonow. Murat, *Dictionnaire des sciences méd.*, T. 51;

18) ścieś. miedn., ekstrakcyja trudna za pośladki, pęk. spoj. łon. Hoffmann, *Monatsch. f. Geburtskunde*, T. IV.; †

19) pęknięcie spoj. łon. podczas ręcznego wydobycia płodu. Giraud, *Dictionn. des scienc. med.*, Tom 54, wyzdrowiała;

20) 39 lat, 9 poród., wszystkie poprzednie ciężkie. Ręczne wydobycie dużych barków, pęknięcie spojenia łonowego. Dührssen, *Arch. f. Gyn.*, Tom 35, zdrowa;

21) 32 lat, pierwiastka, ścieś. miednicy, po nieudanych kleszczach *perfor.* i *extr.*, pęknięcie spojenia łon. Schauta, *Allg. Wiener med. Zeit*, 1882, zdrowa.

22) ścieś. miedn., *perfor.* i *extr. kephalotriptor*, pęknięcie spojenia łonow. Köstlin, *Inaugur. Diss.*, Tübing, 1880;

23) 29 lat, pierwiastka, ścieś. miedn. po nieudanych kleszczach, *perfor.*, *extr.* pękn. spoj. łon. i krzyż. biodr. lew. Ulsamer, *Neue Zeitsch. f. Geburstk.*, T. 17, zdrowa.

Ogłoszonych dotychczas w literaturze podobnych przypadków znalazłem 35, których zestawienie potwierdza tylko już dawniéj ugruntowane zdanie, że operacyje kleszczowe najczęściéj się przyczyniają do wywołania rozstępu. Uwagi

jednak godną jest rzeczą ta okoliczność, że zboczenie to, czy wywołanem zostało przez operacyję położniczą, czy też powstało wśród naturalnego porodu często przytrafiało się u kobiet już nieco starszych, t. j. od 26 do 42 lat życia. W liczbie zaś téj 8 pierwiastek: 6 operowanych, a 2 bez operacyi rozwiązane. Okoliczność ta mogłaby wzbudzić wątpliwość co do genezy powstania pęknięcia z uwagi, że tego rodzaju stawy, jak między kośćmi miednicowemi z wiekiem stają się coraz mniéj podatnemi. Brak jednak i tutaj wywiadów w kierunku poprzednich chorób nie pozwala na stanowcze rozstrzygnięcie kwestyi.

Co się tyczy powiększenia objętości pierścienia kostnego miednicy przez rozstęp stawów, to tutaj różne są zdania. W każdym razie autorowie tacy jak Ahlfeld i Baudelocque stwierdzili doświadczeniem, że *Conjugata vera*, po zniesieniu połączenia w spojeniu łonowem, powiększa się zaledwie o $^1/_2$ cm. Uważając tę liczbę za niedostateczną do zwiększenia wymiaru prostego o tyle, aby dalszy poród mógł się odbyć swobodnie, twierdzi Ahlfeld, że wymiar ten wówczas dlatego znacznie się powiększa, iż równocześnie z pęknięciem w kilku miejscach następuje nachylenie się miednicy przez część obrotu téjże około osi poprzecznéj przez środek kości krzyżowéj przeprowadzonéj. Do tego jednak potrzeba niezbędnie i pęknięcia w stawie krzyżowo-biodrowym, aby obie płaszczyzny mogły zmienić ustawienie względem siebie. Stwierdził to również dokładnie i prof. Aeby w Bernie (*Mechanism. der symph. sacro iliaca*, *Arch. für Anat. und Physiol.* von Hiss u. Braune) w pracy swéj o ruchach tego stawu. Gdy jednak nie ma żadnego pęknięcia w tych stawach, to przypuścić należy, że w jednem tylko miejscu powstałe odnosi się do chorób dawniejszych lub jeszcze istniejących i gdy niestosunek porodowy jasno się przedstawia, ukończenie porodu odbywa się kosztem i miednicy matki i czaszki płodu, jako części najwięcéj stanowiącéj trudności w przejściu przez ścieśniony kanał kostny.

Zwracając się teraz do rokowania, to stanowczo twierdzić mogę, iż zawisłem ono jest od wczesnego rozpoznania

i w danym przypadku przedsiębranego leczenia. Jak już wyżéj, tak i tutaj nie biorę w rachubę przypadków na tle gruźliczem lub ogólnéj infekcyi, ale mam na myśli schorzenia w początku czysto miejscowe, nie mające żadnego charakteru specyficznego.

I tu jednak zakażenie może się rozwinąć przez dostanie się prątków, licznie w odchodach położnic zawartych. Ogólnie jednak biorąc, rokowanie nie przedstawia się niepomyślnie, gdy sprawa przez czas dłuższy miejscowo się tylko rozwija. Jednak pozostawienie jéj własnemu przebiegowi, lub pomoc niedostateczna, łatwo może wywołać uogólnienie zakażenia, które za sobą smutne następstwa pociąga. Leczenie zależne od okresu choroby będzie naturalnie różnem. Winkkel i Ahlfeld zalecają zakładanie pasa i spokój absolutny, Dührssen zaś radzi przystąpienie do operacyjnego oczyszczenia ropnia, gdy tylko ma pewną podstawę do rozpoznania takowego. Zachodzą tutaj jednak drobniejsze okoliczności, które mają wielkie znaczenie. Gdy wśród porodu zostało pęknięcie skonstatowanem, pierwszą będzie rzeczą poddać dokładnemu zbadaniu pochwę, jakie mianowicie w ścianach téjże pozostały nadwerężenia i gdzie one są usadowione. Często bowiem się zdarza, że z pęknięciem spojenia łonowego kombinuje się i pęknięcie przedniéj ściany pochwy, przyczem nieraz bezpośrednia komunikacyja pozostaje. Jeżeli tedy badanie wykaże ranę, choćby nawet niezbyt w głąb drążącą, pierwszem zadaniem będzie zamknięcie takowéj, po dokładnem wymyciu pochwy płynem antyseptycznym. Zaszycie to z tego względu uważam za konieczne, aby od ran odciąć wszelką możebność bezpośredniego dostawania się pierwiastków infekcyjnych do jamy w głębi tkanin przez pęknięcie stawu powstałéj. Zamknięcie takie szczelne jest jedynym środkiem od zakażenia chroniącym, bo samo pęknięcie stawu, jakto Dührssen przez doświadczenie na królikach stwierdził, nie grozi jeszcze niebezpieczeństwem, gdy staw uszkodzony od dojścia organizmów infekcyjnych był zupełnie ochronionym. Jeżeli znaczniejszego nadwerężenia ścian pochwy niema, to i tak dokładne oczyszczenie

téjże codziennie, t. j. przestrzykiwanie rozcz. 3% kwasu karb., lub 1‰ sublimatu i zakładanie gazy jodoformowéj działającéj jako sączek jest niezbędną potrzebą.

W pierwszych dniach po pęknięciu stawu terapija pod postacią spokojnego leżenia i okładów lodowych na uszkodzoną okolicę jest środkiem nieodzownie potrzebną. Raz, aby krwawienie powstrzymać, lub od niego się uchronić, powtóre, aby zapobiedz łatwo rozwinąć się mogącemu silniejszemu zapaleniu i następowéj znacznéj wypocinie.

Gdy jednak środki te okażą się bezsilnemi i sprawa chorobowa początkowo miejscowo czysto zapalna, przybierze charakter zakaźnéj, to jest, gdy chora gorączkuje z typem ropienia odpowiednim, gdy tętno staje się miękkiem i pełnem, występują dreszcze i brak apetytu, w takim razie ociąganie się z otwarciem ogniska zakażonego nie jest na miejscu. Mógłby mnie ktoś na tem miejscu zarzut zrobić, że w razie takim zaszywanie rany w pochwie (jeżeli takowa pozostała) jest nieodpowiednim zabiegiem, że przez nią bez operacyi, jako naturalnym otworem, mogłaby ropa z ogniska zapalnego koło stawu swobodnie odpływać.

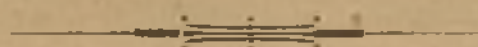
Gdy jednak z samego początku wiedzieć nie można, czy nastąpiło już zakażenie od pochwy, czy przypuszczenie, że rana jest czystą wśród traktowania porodu antyaseptycznie nie jest błędnem, to z drugiéj strony, chociażby zakażenie nastąpiło, to przez pozostawienie otworu w pochwie pożytku wielkiego mieć nie będziemy. Boć lepiéj i łatwiéj i wygodniéj jest opatrywać chorą przez ranę położoną na zewnątrz, dokładnie i łatwo kontrolowaną, aniżeli przez otwór w pochwie, coby pociągało za sobą ciągłe nużenie choréj zmianą położenia i niędawało zupełnéj pewności w opatrunku.

Radykalne operacyjne leczenie tego zboczenia tak dalece niezbędną rzeczą mi się wydaje, że ani okolica, w któréj ropienie się rozpoczęło, ani metoda operacyjna w danym przypadku od wykonania odstraszać nie powinna. Wspominam zaś z tego względu o metodach, że odpowiednio do umiejscowienia ropnia należy i drogę do niego wynaleść. Najwięcéj zaś trudności stanowi w tym względzie okolica

stawów krzyżowo-biodrowych. Dotychczas ograniczano się do wyczekiwania, aż się opadowy ropień utworzy, aby go dopiero w dogodniejszem miejscu operować. Strata jednak sił choréj przez to wyczekiwanie może być niepowetowaną. Dla tego sądzę, że, chociaż z trudnością, należy w razach takich dobrać się do ogniska ropnego przez cięcie z tyłu wykonane i czy przytem oszczędzać się będzie kości, czy też obrawszy zabieg Kraskego lub Zuckerkandla, kość ogonową się nadweręży, to zawsze mniejsze niebezpieczeństwo za sobą pociąga i prędzéj i łatwiéj do pomyślnego rezultatu doprowadzić jest w stanie.

OMYŁKI DRUKU:

Strona	2,	wiersz	5	od dołu,	zamiast	v. Olt	czytaj	v. Ott
„	2,	„	5	„	„	Brunn	„	Bumın
„	2,	„	4	„	„	Thomeri	„	Thomen
„	5,	„	19	„	„	cuchą	„	cuchną




VERITAS
ABCO